

Dr. Robin Youngson

EGYÜTTÉRZŐ GYÓGYÍTÁS

Szemléletváltás az orvoslásban

hvg  könyvek

A fordítás alapja:

Dr. Robin Youngson: *Time to care – How to love your patients and your job*

First published in New Zealand by Rebelheart Publishers

PO Box 63, Raglan 3265, New Zealand

© Robin Youngson, 2012

Fordította © dr. Kovács Eszter, 2017

Szaklektor: dr. Soós Nóra és prof. dr. Túry Ferenc

Szerkesztette: Krausz Veronika

A kötet megjelenését az Affidea Diagnosztikai Központ támogatta.

HVG Könyvek

Kiadóvezető: Budaházy Árpád

Felelős szerkesztő: Sára Bernadett

ISBN 978-963-304-496-4

Minden jog fenntartva. Jelen könyvet vagy annak részleteit tilos reprodukálni, adatrendszerben tárolni, bármely formában vagy eszközzel – elektronikus, fényképeszeti úton vagy más módon – a kiadó engedélye nélkül közölni.

Kiadja a HVG Kiadó Zrt., Budapest, 2017

Felelős kiadó: Szauer Péter

www.hvgkonyvek.hu

Borítóterv: Stalker Studio, Nagy Dániel

Belívterv és nyomdai előkészítés: Molnár Zsuzsa

Nyomás: Generál Nyomda

Felelős vezető: Hunya Ágnes

*Ajánlom e könyvet azoknak,
akik félretolták a szabályokat
és kinyitották a szívüket.*

TARTALOM

Előszó	9
1. Kiegész	11
2. Kedvesség	35
3. Próbálunk túlélni	55
4. Fejben dől el	77
5. Pozitív egészség	95
6. A munka szeretete: döntés	111
7. Gyógyító kezek	127
8. Az együttérzés neurobiológiája	139
9. Teremtsünk időt a törődésre	157
10. Egy jobb rendszer kiépítése	175
11. Az együttérző vezetői stílus	203
12. Személyes fordulópont	223
13. Szívvel az egészségügyben	239
14. Az én történetem: lázadás egy jó ügyért	253
Utószó a magyar nyelvű kiadáshoz	269
Köszönetnyilvánítás	271
Jegyzetek	273
Név- és tárgymutató	286

ELŐSZÓ

Szervezeti elkötelezettség, betegelégedettség és klinikai eredményesség – látszólag nem szorosan összefüggő fogalmak, mégis erősen hatnak egymásra. Nem érhető el magas szintű betegelégedettség, ha a munkatársak nem elkötelezettek. Hiszen, ha a szervezeten belül problémák vannak, akkor nem valószínű, hogy teljes nyitottsággal és empátiával tudunk a beteg felé fordulni.

A betegelégedettség ugyanakkor egyenes arányban áll a klinikai eredményességgel; a szakirodalom ezt egyértelműen bizonyítja. Tehát abban az egészségügyi intézményben, ahol a munkatársak elégedettek és elkötelezettek, kevesebb a hiba, alacsonyabb a kórházi fertőzések aránya, és eredményesebb a klinikai szakmai munka.

Az Affideánál már jó ideje foglalkozunk azzal, hogy miként tudjuk munkatársainkat elkötelezettebbé tenni, és érzékenyíteni a pácienseink irányába. Kutatjuk a betegelégedettségre ható tényezőket, és próbálunk tenni azért, hogy oldjuk azt a szorongást, amivel a legtöbb páciens hozzánk érkezik. Mert az egészségügy ebben az értelemben hasonlít az autóvásárlás vagy a számítógép-szervizelés folyamatára. Ezekben a helyzetekben szinte mindannyian stresszes ügyfélként jelenünk meg – mert kevés az információnk, komplexek és nem átláthatók a folyamatok, és a kimenetel akár negatív is lehet.

Tapasztalataink szerint a magas elkötelezettségi szint mellett legalább három fontos dolog van, ami az együttérző gyógyításhoz

szükséges. Az első az a tény, hogy egy szervezetben még a beteggel közvetlenül nem érintkező munkatársak is hatnak a páciensre, ezért nem lehet szűkíteni a betegelégedettség kérdését a recepciók vagy az orvosok munkájára. A második az, hogy milyen nagy szerepe van a vezetőknek, akár felső, akár középvezetői szinten a példamutatás és az elvárások tiszta megfogalmazása és mindennapi érvényesítése területén. A harmadik tapasztalatunk az, hogy sokszor nagyon kis dolgok is mennyire számítanak, és ezek begyakorlása, elmélyítése mennyire fontos.

A negyedik fontos elem pedig ez a nagyszerű könyv lesz, amit szeretnénk minden dolgozónknak a kezébe adni, mert ennél világosabb és tartalmasabb összefoglalót nem találhatunk a témában.

*Leitner György,
az Affidea Diagnosztika vezérigazgatója*

1.

KIÉGÉS

A sürgősségi osztály folyosóján egy idős nő fekszik pótágyon, lehetne akár a nagymamánk is. A betegszobákban nincsen szabad ágy. A néni egy ideig kétségeesetten próbálta felhívni magára a figyelmet, de most már csendben fekszik az átnedvesedett ágyneműben. Nem akadt senki, aki elkísérte volna a végére.

Az egészségügyi dolgozók jól ismerik az íratlan szabályokat: ne nézz senkire, dolgozz olyan gyorsan, ahogy csak lehet, végezd el a papírmunkát, aztán jöhet a következő beteg.

Tegnap még szántunk időt arra, hogy meghallgassunk egy beteget, megnyugtatóan a kezünkbe fogjuk a kezét, megértőek legyünk és emberként törődünk vele, de a kollégáknak feltűnt, hogy ilyenekkel pazaroljuk az időt. Úgyhogy ma már nem fogjuk elkövetni ezt a hibát.

A szabályok világosak: ”
ne nézz rá senkire,
dolgozz olyan gyorsan,
ahogy csak lehet,
végezd el a papírmunkát,
aztán jöhet
a következő beteg.

Most, hogy évek kemény munkájával – és valószínűleg a magánélet elhanyagolásával – szakmailag magasan képzettek lettünk, méltán lehetünk büszkék a szaktudásunkra. De ahelyett, hogy mindez elégedettséggel és örömmel töltene el minket, inkább fáulságot érzünk. A munka egyhangú és monoton, napról napra ismétlődő rutin.

A betegek is egyre hálátlanabbá váltak. Nem törődnek az egészségükkel, de tőlünk elvárják, hogy rendbe hozzuk őket. Aztán, ha valami másképp sült el, mint gondolták, panaszleveleket küldözgetnek, vagy éppenséggel be is perelnek.

A műszak végén kimerülten és csüggedten megyünk haza. Ma ráadásul még össze is kaptunk valakivel. Nem tudjuk, hogy meddig lehet ezt így csinálni.

Az egészségügyi dolgozók a világon mindenhol érzik, hogy a munkájuknak többről kéne szólnia a pusztá pénzkeresetnél.

Az egészségügy válságban van. A technika megállíthatatlan fejlődése, az egészség helyett a betegségekre helyezett hangsúly, a költségek robbanásszerű növekedése és a profithajhászás egyre nagyobb krízisbe sodor minket. Ebben az örült hajszában a kezelés emberi oldala, a gondoskodás, az együttérzés és a gyógyítás veszik el.

A kimerültség, a depresszió, a stressz és a kiégés világméretű járvánnyá nőtte ki magát az egészségügyi dolgozók körében. Ahogy egyre nő a feszültség, az erőszakos és ingerült megnyilvánulások következtében csak tovább romlik a közhangulat és a betegellátás minősége.

Az utóbbi évek orvosi irodalmában megjelent egy új kifejezés: a „bomlasztó viselkedés”¹. A kifejezés megszépíti azt a jelenséget, amikor az egészségügyi szaktekintélyek gyakran kisgyermekekre jellemző dührohamokat kapnak – ingerülten üvöltöznek, tárgyakat hajigálnak és dühükben becsapják az ajtót. Kevésbé látványos, de ugyanilyen romboló hatású a szarkazmus, az ironia és a gúny.

Nem erre a munkára jelentkeztünk

Jill Maben londoni kutató az ápolói szakma helyzetével kapcsolatos aggodalmait egy hosszú távú tanulmányban igazolta, amely kimutatta, hogy az ápolónövendékek kezdeti értékrendje és ideáljai szöges ellentétben állnak a brit egészségügyi gyakorlat elrettentő valóságával.²

A frissen végzett, kezdő ápolóknak egy sor olyan íratlan szabályhoz kellett alkalmazkodniuk, melyek alapvetően ellentmondtak eszményképeiknek és értékrendjüknek. Az alábbi négy szabály különösen jellemző volt azoknál a feladatoknál, amelyeket kihívásokkal teli vagy szegényes munkakörülmények között kellett elvégezni.

1. A gyors testi ellátás fontosabb, mint bármilyen lelki támasz.
2. Nincs lógás! Látványosan ki kell venni a részed a fizikai és a „piszkos” munkából.
3. Nem szabad érzelmileg közel kerülni a betegekhez. (Mindezen esetben tartani kell a kellő távolságot.)
4. Igazodj a meglévő rendszerhez és ne próbálkozz újításokkal! Ne akard megváltoztatni a bevált gyakorlatokat!

Maben megfigyelte, hogy két évvel a diploma megszerzése után az eredeti elképzeléseikhez képest a legtöbb ápoló vagy kompromisszumokat kötött, vagy megtört lelkileg. A szakmai frusztráció pedig legtöbbször kiegészítéshez, kiábrándultságához, gyakori munkahelyváltáshoz, sőt néhány esetben végleges pályaelhagyáshoz vezetett.

Az orvosok helyzete sem jobb. Az amerikai Physicians Foundation (Orvosok Alapítványa) 2008-ban végzett felmérése³, amelyben 12 000 orvost kérdeztek meg a szakmai elégedettségéről, elkeserítő eredményeket hozott, aminek a teljes egészségügyi rendszerre komoly hatása lehet.

A jelentés tanulságai a következők:

- az orvosok 78%-a szerint foglalkozásuk „már nem jutalmazó”, vagy „csökkent mértékben jutalmazó”;
- az orvosok 63%-a állította, hogy nincs mindig ideje minden betegét megfelelően ellátni;
- az orvosok 60%-a nem ajánlaná senkinek az orvoslást mint szakmát;
- az orvosok 49%-a úgy nyilatkozott, hogy a következő három éven belül vagy csökkenti a betegek számát, vagy elhagyja az orvosi pályát;

- az orvosok 42%-a ítélte a kollégái szakmai hozzáállását problémásnak vagy szinten alulinak;
- csak az orvosok 6%-a gondolta azt, hogy a kollégáik szakmai hozzáállása pozitív.

A krónikus stressz és a kiábrándultság hatással van a munkatársakra is. Az Egyesült Államok Veterán Egészségügyi Szolgálatának (Veterans Health Administration, VHA) 50 közösségi kórházában elvégzett felmérés keretében a nővérek 86%-a és az orvosok 49%-a számolt be arról, hogy már szemtanúi voltak a vezetőség dühkitöréseinek, ami nemcsak a kollegiális viszonyokra gyakorolt romboló hatást, hanem idővel a betegellátást is hátrányosan befolyásolta.⁴ A megkérdezettek többsége úgy vélte, hogy a kommunikáció nehézségei orvosi hibákhoz vezetnek, ami nemcsak a betegbiztonságot veszélyezteti, hanem akár a halálozások számát is befolyásolhatja.

Maguk az egészségügyi rendszerek is rengeteg szükségtelen fájdalmat és szenvedést okoznak. Naponta előfordul, hogy a hozzáállásunk és a tetteink semmissé teszik azt a sok erőfeszítést, amit a betegeink gyógyulásáért teszünk.

A legszívzaggatóbb beszámolókat erről azok az egészségügyi dolgozók adják, akik váratlanul maguk is betegek lesznek, és hirtelen a másik oldalon találják magukat, ijedten és kiszolgáltatottan.

Amikor az egészségügyi dolgozó a páciens

George Sweet nyugdíjas új-zélandi pszichoterapeuta és író akut gerincvelőgyulladásal, myelitis transversával került kórházba. Sweet a következőképpen számol be a saját élményeiről a kórházi vizitekkel kapcsolatban.⁵

„Amikor bekerültem a kórházba, őszinteséggel akaratlanul is rögtön zavart okoztam a rendszerben. Egyik pillanatról a másikra

lebénultak a lábaim, és amikor a vizit az ágyamhoz ért, elhangzott a szokásos kérdés: »Hogy érzi magát?« Igyekeztem nagyon pontosan válaszolni: »Nagyon meg vagyok ijedve, és végtelenül szomorú vagyok«. A válaszom azonban valahogy oda nem illőnek, szinte illetlennek tűnt, mert az ágyam körül állók zavarba jöttek, és csak attól nyerték vissza magabiztosságukat, hogy a testi tüneteimről kezdtek kérdezgetni: »És a lábai javultak valamit?« Ezt visszautasításként éltem meg, olyan volt, mintha nem is hallották volna, hogy mit mondtam. Úgy éreztem, cserbenhagytak.”

„Hónapokat töltöttem kórházban, de kilenc hetembe került, mire meg tudtam fogalmazni, hogy mekkora bizonytalanságot és elégedetlenséget váltottak ki belőlem ezek a vizitek.

Úgy éreztem, hogy teljesen személytelenek, amit csak foko-

zott az orvosoknak az a szokása, hogy a panaszaimat nem velem, hanem egymás között beszéltek meg. Mivel szorongtam az egész helyzettől, gyakran rövid, részleges vagy semmitmondó válaszokat adtam a kérdéseikre. Úgy éreztem, hogy nekem, George-nak, gyakorlatilag semmi jelentőségem nincs a vizit alatt. A kórfolyamat viszont borzasztóan fontos volt. Megsemmisítő érzés volt, hogy senkinek esze ágában sem volt megismerni George-ot, vagy bevonni őt magát is a saját gyógyulásába.

„A vizitek általában egy rövid »Hogy van ma reggel?«-ből álltak. Gyorsan megtanultam, hogy erre a helyes válasz a »Jól«. A legrosszabb esetben a vizit teljes mértékben arról szólt, hogy a beteg megerősítse, jól van (tehát a vizitelők továbbmehetnek), vagy hogy a beteg olyan problémát mondjon, amire válaszul a gyógyszereket meg lehetett változtatni (és továbbmehet a vizit). A többi beteggel beszélgetve hamar egyértelmű lett, hogy a kórtermi kérdezgetésre ők is előszeretettel válaszoltak a rövid »Jól vagyok« kijelentéssel.

A vizitek általában ”
egy rövid »Hogy van ma reggel?«-ből álltak.
Gyorsan megtanultam,
hogy erre a helyes válasz a »Jól«.

Kórházi orvosként úgy érzem, hogy ez a rövid beszámoló pontosan tükrözi azt, amit a viziteken én is tapasztaltam. A személytelen bánásmód nem elrettentő kivétel, hanem íratlan szabály.

A páciens személye eltűnik, hogy átadja a helyét a betegszerepnek.

A bevett orvosi gyakorlat a betegségre fókuszál, a kórkép standardizált kezelési folyamatára, és nem a megbetegedett emberre. Ezen túlmenően a gyakorló orvos és a beteg szerepének viszonyában óriási hatalmi fölény van az orvos javára. Sokkal könnyebb a betegnek azt válaszolni a feltett kérdésekre, hogy „Minden rendben”, vagy „Jól vagyok”, mint bevallani, hogy fél vagy nem ért valamit.

Ma már tudjuk, hogy ez a betegellátó módszer, amelyet olyan sok egészségügyi szakember alkalmaz, nemcsak a betegek, hanem az egészségügyi dolgozók számára is súlyos következményekkel jár.

Miért kell az egész embert gyógyítani?

Egyre növekszik a tudományos bizonyítékok száma arról, hogy betegeink jóllétében és túlélési arányában az érzelmek, valamint a pszichológiai tényezők milyen nagy szerepet játszanak. A legújabb kutatási eredmények alapján például a vezető haláloknak számító szív- és érrendszeri betegségek esetén a halálozási arány különbsége a pesszimisták és optimisták között lényegében megegyezik a dohányzók és nem dohányzók halálozási arányainak különbségével.⁶

Lehet, hogy az olvasó magasan képzett sebész, és kétségbe vonja, hogy ezeknek az „érzelgős lelki dolgoknak” bármi köze lenne az ő műtéti eredményeihez. Gondoljuk át: döntő bizonyítékok állnak rendelkezésünkre arra vonatkozólag, hogy a stresszes betegek lassabban gyógyulnak, és esetükben nagyobb a műtéti sebek felülferőződésének és a rák kiújulásának a kockázata.^{7,8}

Szinte minden orvos ismer olyan beteget, akik teljesen meghazudtolják az orvosi prognózist és boldogan élnek tovább, miközben meg kéne halniuk egy gyógyíthatatlan rákban.

Nekünk, embereknek velünk született, különleges képességünk van a gyógyulásra. Minden orvosnak vannak betegei, akik tökéletesen meghazudtolják az orvos prognózisát, és virágzó egészségnek örvendenek. Tehát valahányszor gépiesen kezeljük a betegeinket („a mellrák a 6-os szobában”), elmulasztjuk figyelembe venni ezt a gyógyulási mechanizmust, ami legalább olyan hatékony, mint egyes gyógyszerek.

Az egészségügyi dolgozók elkeseredettségének is ez az elhidegült, személytelenné vált gyógyítás az okozója. Amikor a betegek megérik a törődés hiányát, elvesztik a bizalmukat, elégedetlenek lesznek, és úgy érzik, nem figyelnek rájuk. Ettől követelőzőbbek lesznek vagy bezárkóznak. A gyógyítás öröme és sikere beárnyékolódik.

Az egészségügyi dolgozók pedig hajlamosak arra, hogy saját maguk legszigorúbb kritikusi legyenek. A romló munkakörülmények és a betegellátásban kötött kompromisszumok miatt a kiegész felé tartó egészségügyi dolgozók további problémáit az önkritika és a szegény okozza.

A pesszimisták és optimisták halálozási arányának különbsége lényegében megegyezik a dohányzók és nem dohányzók halálozási arányának különbségével. ”

Ez egy ördögi kör, ami depresszióhoz és testi tünetek kialakulásához vezet.

Az egészségügyi személyzet boldogtalansága fertőző. A rossz hangulat ragadós. Stresszes környezetben az emberek elvesztik a türelmüket és a jóindulatukat, és könnyebben alakulnak ki konfliktushelyzetek. Egy kórházi orvosokkal végzett longitudinális tanulmány kimutatta, hogy a csapatszellem hiánya nagyobb szerepet játszik a megbetegedések és a hiányzások számában, mint a túlterheltség.⁹

Arról pedig még nem is esett szó, hogy mi történik olyankor, ha elfogynak a kezelési lehetőségek. Előfordulhat, hogy a betegünk olyan krónikus betegségben szenved, amit nem tudunk meggyógyítani. Esetleg halálos kimenetelű, gyógyíthatatlan rákja van. Hogyan

érezzük magunkat, amikor azt kell mondani a betegnek, hogy: „Sajnálom, nem tudok semmit tenni!”? Milyen hatással van ez a helyzet az önértékelésünkre? Mennyire érezzük magunkat szakmailag kompetensnek egy ilyen mondat után?

Keiran Sweeney szakmája iránt rendkívül elkötelezett családorvos és elismert oktató volt. 2009 karácsonyestéjén halt meg. Mesotheliomát találtak nála, ami a tüdőt burkoló hártya rosszindulatú daganata. Halála előtt egy megrázó cikkben írta le, hogyan értesült a sorsát megpecsételő betegségről.¹⁰

„A sebészteam a sikeres biopszia végeztével feltűnően és zavaróan szótlán volt.

A csapat legfiatalabb tagja kivételével senki sem tudott mit kezdeni a növekvő szorongással. Utólag visszagondolva, neki talán se jogosultsága, se elég élettapasztalata nem volt a diagnózis felállításához. A vizsgálat után egy szakápoló jött oda hozzánk, hogy megmutassa nekem, meg a feleségemnek, hogyan kell kezelni a draint, amit a mellhártyaváladék levezetésére a mellkasomban hagytak. Ha bármit meg szeretnék tudni a mesotheliomával kapcsolatban – mondta a legnagyobb jószándékkal –, akkor nyugodtan forduljak hozzá. Az elejtett megjegyzés okozta fizikai sokk szakaszokban megelőzte az egyre fokozódó érzelmi összeomlást, de azért engedelmesen lementem a kontroll röntgenre, miután az osztályos nővér beszólt az ajtón az ápolónak, hogy: »Leküldenéd a fiatalembert egy mellkasröntgenre, ha végeztetek?« Becslésem szerint a nővér lehetett vagy 22 éves... Mialatt elkészült a röntgen, a feleségem a szakápolót faggatta, hogy miért volt annyira szótlán mindenki. Rajtam kívül ekkor már mindenki tudta körülöttem, hogy mesotheliomám van.

A hivatalos diagnózisról én akkor értesültem, amikor ott-hon ebéd után egy pohár sauvignon blanc-nal a kezemben elolvastam a zárójelentésemet: rosszindulatú mesothelioma. »A beteget részletesen felvilágosítottuk a diagnózisról« – állt az összefoglalóban.